Medical Library

ÜBER

SYRINGOMYELIE

NEBST BESCHREIBUNG EINES NEUEN FALLFS.

(VON DER INNEREN STATION DES STÄDS. LUISENHOSPITALS ZU DORTMUND.)

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT DER KÖNIGL. UNIVERSITÄT ZU GREIFSWALD

AM MITTWOCH, DEN 13. MÄRZ 1889

VORMITTAGS 11 UHR,

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

EMIL HAUMANN

PRAKT. ARZT

AUS DORTMUND.

OPPONENTEN:

HERR DR. **C. SEIDLER**, PRACT. ARZT.

- **L. HÜBNER**, CAND. MED.
- **E. SIMON**, CAND. MED.

GREIFSWALD.

DRUCK VON CARL SELL.

1889.

IN DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Während man früher alle centralen Höhlenbildungen im Rückenmark ohne Weiteres als Erweiterungen des Centralkanals, zum Teil als angeborene Bildungsfehler betrachtet hat, ist man neuerdings durch sorgfältige Untersuchung einer grösseren Anzahl von Fällen zu der Ueberzeugung gekommen, dass es nicht allein pathologische, in Folge verschiedener, im Centrum des Rückenmarks etablierter krankhafter Processe secundär entstandene, im späteren Leben erst zur Ausbildung gelangte Erweiterungen des Centralkanals selbst giebt, sondern dass auch neu entstandene centrale Höhlenbildungen im Rückenmark vorkommen, die mit dem Centralkanal gar nichts zu thun haben, sondern im pathologisch veränderten Gewebe liegen und durch die verschiedenartigsten Umbildungsvorgänge aus demselben entstanden sind.

Alle diese Fälle kann man unter dem schon von Ollivier gebrauchten Namen „Syringomyelie“ vereinigen.

Besonders hat Th. Simon in einer grösseren Arbeit die richtige Auffassung eines grossen Teils dessen, was man früher unter dem Namen Hydromyelie zusammenwarf,

sichergestellt und ausführlich begründet. In seinen Forschungen über die Syringomyelie ist er zu der Auffassung gekommen, dass eine ausgiebige Erweiterung des Centralkanals im fötalen Leben häufig, im späteren extrauterinen Dasein jedoch eine Seltenheit sei. Dass hingegen die meisten als Hydromyelie bezeichneten Fälle entweder zweifelhaft seien, oder sicher keine Erweiterung des Centralkanals darstellen, vielmehr neue Hohlräume seien, welche hauptsächlich in dem vordersten Teile der Hinterstränge sich bilden.

Fragt man nun nach der Genese der Höhlenbildungen, so muss man zunächst an Vorgänge denken, durch welche plötzlich an einer umschriebenen Stelle die Rückenmarkssubstanz zerstört wird. Hierdurch wird einerseits ein Reiz, andererseits nach Resorption des zu Grunde gegangenen Gewebes ein Substanzverlust gesetzt. Ersterer kann den Anstoss zur Wucherung des Gewebes geben, letzterer bildet die fortbestehende Lücke, die mit gewuchertem Gewebe, oder auch mit Serum ausgefüllt wird. So gut im Gehirn Bluterguss, oder nekrotische Erweichung (Embolie, Thrombose oder anderweitiger Gefässverschluss) eine von einer derben Membran umgebene Cyste zurücklassen kann, ebenso ist der gleiche Vorgang auch für das Rückenmark denkbar. So berichtet Lenhossék von einem Falle, welcher nach dem Verlauf der Erscheinungen zu der Annahme berechtigte, dass die an der Leiche gefundene Höhlenbildung und Sklerose des Gewebes auf eine umschriebene Rückenmarksblutung oder Erweichung zurückzuführen sind. In diesem betreffenden Falle waren die

ersten Krankheiterscheinungen plötzlich in apoplektiformer Weise aufgetreten, welchen sich dann ein 3 Jahre dauerndes Rückenmarksleiden mit vollständiger motorischer Paraplegie der unteren Extremitäten anschloss.

Inwieweit wirkliche Entzündung allmählich zu den Veränderungen der Syringomyelie Veranlassung geben kann, möge dahingestellt bleiben, zumal die Grenzen zwischen Entzündung und Gliose nicht ganz scharf zu ziehen sind.

Schultze[1]) hat an der Hand von mehreren Beobachtungen die Ansichten über die Genese der Spalt- und Höhlenbildung im Rückenmark einer eingehenden Prüfung unterzogen, und für die Annahme, dass dieselbe — wenigstens in einer grossen Anzahl von Fällen — auf secundäre Erweichungsprocesse innerhalb gewucherter Glia zurückzuführen seien, exactes anatomisches Material beigebracht. Die Ansichten Schultze's werden von Fuerstner und Zacher[2]) bestätigt. Was zunächst den Rückenmarksbefund des von diesen Forschern beobachteten Falles anbelangt, so liefert derselbe einen sehr deutlichen Beweis für die Richtigkeit der von Schultze ausgesprochenen Ansicht. Einen congenitalen Ursprung der Höhlenbildung sowie einen ursächlichen Zusammenhang mit dem eigentlichen Centralkanal durften sie von vornherein ausschliessen. Denn sie sahen die Höhle innerhalb der Glia-Wucherung ganz unabhängig und entfernt von dem Centralkanal, der fast durchgängig erhalten war, entstehen und sich ent-

---

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 87.

[2]) Zur Pathol. u. Diagnost. d. spin. Höhlenbildung.

sprechend der Grösse und Lagerung dieser neugebildeten Massen gestalten.

Auch bei experimentellen Verletzungen des Rückenmarks hat man Höhlenbildung zu Stande kommen sehen. Eichhorst und Naunyn[1]) haben bei ihren Versuchen über die Regeneration des Rückenmarksgewebes Höhlenbildung beobachtet. Sie konstatierten bei Hunden, welchen sie in frühester Jugend das Rückenmark an einer Stelle zerquetscht hatten, nach einiger Zeit oberhalb und unterhalb dieser Narbe fortgesetzte Hohlräume, die mit dem Centralkanal nichts gemein hatten. Die Entstehung dieser Hohlräume führten sie auf Stauung in den Lymphbahnen zurück. Desgleichen beobachtete Leyden[2]) bei einem Hunde, dem er bald nach der Geburt das Rückenmark durchschnitt und den er ein halbes Jahr leben liess, nach oben von der Narbe eine mehrere Centimeter lange, die Hinterstränge einnehmende cystische Höhle.

Das pathalogisch-anatomische Verhalten ist nach Erb[3]) in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Derselbe konstatierte Höhlenbildungen von sehr verschiedener Länge; oft nur von einigen Millimetern oder Centimetern, nicht selten aber auch durch das ganze Rückenmark sich erstreckend. Diese Höhlen sind fast immer mehr oder weniger central gelagert und nur die genauere Untersuchung

---

[1]) Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. II. 1874.
[2]) Klinik d. Rückenmarkskrankh. Bd. II.
[3]) Krankheiten des Rückenmarks selbst.

enthüllt gewöhnlich ihre speciellen Lagerungsverhältnisse und ihre Beziehungen zum Centralkanal.

Die Weite der Höhlen wechselt sehr — von einem bis zu zehn Millimetern, von Nadel- bis zu Kleinfingerdicke. Ihre Form auf dem Querschnitt ist rundlich, oval, eckig, buchtig u. s. w. — Zuweilen fand Erb auch mehrere Hohlräume neben einander. Ihr Inhalt ist flüssig, hell und klar, oder trübe, gelblich, bräunlich u s. w.; in vielen Fällen ist das nicht genauer angegeben. Die Wandungen sind entweder glatt und dicht, häufig mit einer Lage von Cylinderepithel versehen, manchmal mehr rauh, fetzig, uneben. In der Umgebung findet sich je nach Umständen derbes cirrhotisches Gewebe, oder graue Degeneration.

Im ganzen wird dadurch das Rückenmark selbst häufig erheblich verändert, verdickt, unförmlich und missgestaltet; häufig ist aber auch an demselben äusserlich garnichts wahrzunehmen. Auf dem Querschnitt erscheint die Rückenmarkssubstanz durch die Syringomyelie entweder einfach verdrängt und verschoben, oder mehr oder weniger weithin destruiert.

Wenden wir nunmehr unsere Betrachtungen dem klinischen Teil zu. In der zweiten Auflage des bekannten Erb'schen Werkes über die Rückenmarkskrankheiten konnte die Syringomyelie noch mit Recht unter den „Rara et curiosa“ aufgeführt wenden; nach den neueren Erfahrungen aber, namentlich denen von Schultze, lässt sich eine derartige Auffassung der Krankheit nicht mehr festhalten.

Ralf Wichmann hat in seiner „monographischen Bearbeitung“ der Geschwulst- und Höhlenbildung im Rückenmark nur 32 Fälle mit Sectionsbefund in der ganzen Literatur vorgefunden. Am vollständigsten findet sich das diesbezügliche Material in einer vorzüglichen Dissertation von Anna Bäumler zusammengestellt. In dieser Arbeit sind allein 66 Beobachtungen mit spinalen Symptomen und Sectionsbefund gesammelt, zu denen noch 25 weitere Fälle von zum Teil rein anatomischen Befunden und 10 nur klinisch beobachtete Fälle hinzutreten. Ueberblickt man das ganze Material, so findet sich, abgesehen von den merkwürdigen Fällen, in denen überhaupt gar keine Erscheinungen während des Lebens auf ein Rückenmarksleiden hingedeutet hatten, in der grösseren Anzahl den Symptomenkomplex einer schweren Rückenmarkserkrankung, welcher zu Lähmungen, oft zu vollständiger Paraplegie mit Contractur und durch Cystitis oder Decubitus zum Tode führte.

Gehen wir nun auf die einzelnen Symptomengruppen in Fällen von Syringomyelie ein, und halten wir uns hierbei an die Statistik Anna Bäumler's so treten zwei ganz besonders in den Vordergrund, nämlich:

1. Trophische Störungen an Muskeln mit Lähmung derselben;

2. Störungen der Sensibilität.

1. In die erste Kategorie gehören ungefähr 20 von den beobachteten Fällen, darunter die in neuerer Zeit genauer und eingehender beschriebenen von Bamberger,

Westphal, Kahler und Pick, Schultze, Wichmann, Charcot u. A.

Die Lokalisation der atrophischen Lähmung betraf:
eine obere Extremität allein niemals;
die beiden oberen Extremitäten 13 mal.
Auch die Rumpfmuskulatur wird mehrmals als von der Atrophie ergriffen erwähnt;
eine untere Extremität allein niemals;
beide untere Extremitäten 1 mal;
die oberen und unteren Extremitäten 3 mal.

Neben den motorischen Störungen als Begleiterscheinung der progressiven Muskelatrophie sind auch, unabhängig von diesem Krankheitsbild, oft hochgradige sonstige Motilitätsstörungen vorhanden gewesen in Form von Paresen und Paralysen mit Contractur, sodass man das Bild einer totalen Lähmung sowohl der oberen, als auch der unteren Extremitäten vor Augen hatte. Coordinationsstörungen sind ebenfalls in mehreren Fällen angegeben; so müssen beispielsweise in dem Falle von Fürstner und Zacher durch den die Syringomyelie veranlassenden Process die Bahnen getroffen worden sein, welche der Coordination der Bewegungen dienen. An das Gebiet der motorischen Störungen schliessen sich noch einzelne zur Beobachtung gekommene secretorische Störungen an.

2. Was jedoch den Symptomenkomplex bei Syringomyelie vorwiegend charakteristisch zu machen scheint, sind die Störungen der Sensibilität. Häufig treten Paraesthesien als Vorboten auf; später treten partielle Empfindungs-

lähmungen auf, welche sich schliesslich zu einer totalen Anaesthesie ausbreiten können.

Hyperaesthesien und Anaesthesien spielen in den obigen Fällen die Hauptrolle, was weiter nicht auffallen dürfte, wenn man berücksichtigt, dass die hintere Commissur, die Spitze der Hinterstränge, die Goll'schen Stränge und die Hinterhörner vorwiegend Sitz der Erkrankung sind, und durch eben diese hinteren Partieen des Rückenmarks die Leitung der Sensibilität vermittelt wird.

Das Verhalten der Reflexe, auf welches in den neueren Beobachtungen genauer Rücksicht genommen ist, war ein sehr verschiedenes. Aus dem vorher Gesagten ergiebt sich, dass ein einheitliches klinisches Symptomenbild der Syringomyelie sich nicht aufstellen lässt. Dagegen werden ausgebreitete Sensibilitätsstörungen, namentlich hochgradige Analgesie, den Verdacht auf Syringomyelie erwecken, da man hierbei an eine Affektion der Bahnen denken muss, in deren Bereich die Syringomyelie hauptsächlich lokalisiert ist.

Ein in Bezug auf die Diagnose ebenso wichtiges Symptom ist die lokalisierte Muskelatrophie, namentlich einer oder beider oberen Extremitäten, bei deren Combination mit Anaesthesie ausgedehnter Hauptbezirke die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um Syringomyelie handeln könne, fast zur Gewissheit wird.

Von einer anderen Erscheinung, welche bisher bei unserer Krankheit weniger häufig zur Beobachtung kam, hat in der neuesten Zeit Remak [1]) berichtet. Es ist

[1]) Oedem der Oberextremitäten auf spinaler Basis.

dies ein Fall von eigentümlichem Oedem ohne Lähmung, in welchem er mit Sicherheit begründen konnte, dass dasselbe auf einer spinalen Erkrankung beruhte. Es bestand in diesem Falle eine starke Anschwellung beider Hände. Die Gelenke der Oberextremitäten waren sämmtlich frei beweglich und nicht geschwollen. Drücken derselben und der Haut nirgends empfindlich. Die Hand war geschwollen, besonders am Handrücken, aber auch an der Vola. Die Schwellung erstreckte sich auf den unteren Teil des Vorderarms und hörte gegen die Mitte desselben auf. Die Schwellung war eine durchaus gleichmässige, der Handrücken wie aufgepolstert, dabei ziemlich fest anzufühlen.

Was nun das specielle Vorkommen des hier vorhandenen Oedem's betrifft, so sind zwar in einigen Fällen mehr oder minder entzündliche Anschwellungen der Glieder bereits beobachtet worden, so in einem Falle von Strümpell [1]) erysipelatöse und ödematöse Schwellungen, und in einzelnen Fällen von Schultze, der die Hände livide und gedunsen fand. — Bevor ich nun auf die Differential-Diagnose eingehe, sei es mir gestattet, in Folgendam über eine neue bemerkenswerte Beobachtung der oben geschilderten Art von Höhlenbildung im Rückenmark zu berichten. Der von mir beobachtete Fall schliesst sich eng an die Befunde Schultze's an, er gewährt klinisch eine Ausbeute und Combination von sensiblen, motorischen, trophischen Symptomen, deren An-

[1]) Strümpell, Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks.

ordnung namentlich im Vergleich mit bei analogen Krankheitsbildern konstatierten Befunden mir eine weitere Förderung der Diagnostik der centralen Höhlenbildung nicht unmöglich erscheinen lässt.

Ich verdanke meine Beobachtungen der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Broelemann, Leiter der inneren Station des städtischen Luisenhospitals zu Dortmund, welcher die Güte hatte, mir die Veröffentlichung dieses Falles zu gestatten.

Krankengeschichte.

Clemens Platte, Schmiedegeselle aus Dortmund, ist 20 Jahre alt, hat seit frühester Jugend gekränkelt und die gewöhnlichen Kinderkrankheiten Masern, Scharlach etc., durchgemacht. Die Mutter starb vor vielen Jahren an Phthise, sein Vater ist gesund, desgleichen seine 9 Geschwister.

Seine jetzige Krankheit begann vor $4^1/_2$ Jahren mit Mattigkeit in den Beinen, Kreuz und Hüfte. Zwei Jahre später gesellte sich Zittern in den Händen hinzu, und zwar zunächst rechts. Anfangs war dasselbe gering, wurde stärker, liess dann plötzlich für kurze Zeit nach, um aber bald darauf seinen Höhepunkt zu erreichen. Kurz vor Weihnachten 1886 verschlimmerte sich sein Leiden, welchen Umschwung Patient auf einen anstrengenden Marsch, den er in strenger Kälte machen musste, zurückführt.

Für die Ursache seines Leidens macht er verschiedene Angaben. So wurde er 1885 einmal von einer umfallenden Leiter im Rücken getroffen und schwer verletzt. Ferner

war er längere Zeit Kuhhirt und als solcher allen Unbilden des Wetters ausgesetzt; sodann hat er als Knabe oft bei kalter Witterung gebadet, sogar bis in den November hinein

Die Schmerzen traten sodann im rechten Beine auf, es war ein Gefühl, als wenn er überall gleichzeitig mit Nadeln gestochen würde. Zur selben Zeit bemerkte Patient eine deutliche Abmagerung der Beine, zunächst des rechten, dann auch des linken, und hier war es zuerst der Unterschenkel, dann der Oberschenkel.

Der Gang wurde wankend, taumelnd, die Sicherheit auf den Füssen nahm merklich ab, bis schliesslich vor ungefähr 1 $^1/_2$ Jahren die Beine gänzlich den Dienst versagten. Mit diesen Erscheinungen traten gleichzeitig heftige Kopfschmerzen, namentlich in der Schläfengegend, auf. Zur Heilung seines Leidens liess sich Patient in das Krankenhaus zu Nordkirchen i./W. aufnehmen. Da aber nach einem 4monatlichen Aufenthalt daselbst der Zustand sich nicht gebessert hatte, so verliess er das Krankenhaus und liess sich im Mai 1887 in das städtische Luisenhospital zu Dortmund aufnehmen.

Die von mir im Oktober 1888 vorgenommene genauere Untersuchung ergab folgenden status praesens:

Mann von stattlicher Grösse, kräftigem Knochenbau und normaler Hautfarbe.

Beide Pupillen sind von gleicher Weite, reagieren gut. Die Tastempfindung der Geschichtshaut ist normal, Temperatursinn, Schmerzempfindnng erhalten.

Rechtes Ohr gegen Schmerz wenig empfindlich, Temperatursinn abgestumpft. Am linken Ohr ist die Schmerz-

empfindung fast ganz aufgehoben. Temperatursinn ebenfalls abgestumpft. Die Mundschleimhaut unterscheidet warme und kalte Speisen gut.

Die Untersuchung der Motilität und des Ernährungszustandes der Muskeln hatte folgendes Rusultat:

1. An der linken oberen Extremität sind Biceps und Triceps verhältnismässig gut entwickelt, der Deltoides ist atrophisch. Eine sehr starke Atrophie zeigt der ganze Unterarm, ebenso die Handmuskeln. An Stelle der Interossei tiefe Gruben, die Finger stehen in leichter Flexion. Die Bewegungen sind relativ gut erhalten, namentlich können dieselben im Handgelenk noch mit ziemlicher Kraft ausgeführt werden.

2. An der rechten Oberextremität ist der Triceps normal, Biceps atrophiert. Bei der Contraktion ist ein deutlicher Unterschied zu Gunsten des Biceps linkerseits zu konstatieren. Der rechte Unterarm ist stark atrophisch, namentlich im unteren Drittel. Die musculi interossei sind vollständig geschwunden, an Stelle derselben tiefe Gruben. Die Extensoren des Vorderarms im unteren Drittel stark atrophisch, die Flexoren fast in ihrer ganzen Ausdehnung. Bewegungsverhältnisse wie links.

3. Die Rumpf- und Nackenmuskulatur ist beiderseits gleichmässig, aber atrophisch, namentlich Cucullaris, Infraspinatus, Supraspinatus, Pectoralis, Latissimus dorsi.

4. An den unteren Extremitäten ist ein bedeutender Schwund der Muskulatur zu verzeichnen. Unterschenkel stark flektiert und auswärts rotiert. Vollständig geschwunden ist die Wadenmuskulatur, auch die Glutaei

sind auffallend atrophisch. Aktive Bewegung sowohl im Knie- wie im Fussgelenk beiderseits absolut unmöglich. Die genaueren Masse der verschiedenen Umfänge sind folgende:

	R.	L.	
An der Wade:	23	$22^1/_2$ cm.	Mitte derselben
Oberschenkel:	27	$26^1/_2$ -	7 cm. oberhalb der Patella
-	32	32 -	20 cm. oberhalb der Patella
Oberarm:	$22^1/_2$	22 -	Mitte
Vorderarm:	25	23 -	oben
-	21	$20^1/_2$ -	Mitte
-	$17^1/_2$	17 -	unten

Handumfang oberhalb der Basis der Metacarpi R $22^1/_2$. L. $21^1/_2$.

Die Umfänge der Interphalangealgelenke zwischen erster und zweiter Phalanx ergeben keine wesentlichen Differenzen.

Bei der Untersuchung der Sensibilität bekam ich folgende Ergebnisse:

1) rechte Oberextremität:

Starke Nadelstiche werden nur sehr schwach empfunden, starkes Kneifen wird nur als leise Berührung wahrgenommen. Das Lokalisationsvermögen ist hier normal.

Dieselben Resultate erhielt ich an der linken Oberextremität.

2) An den unteren Extremitäten ist die Sensibilität bedeutend gestört, Nadelstiche werden fast gar nicht ver-

spürt. Der Temperatursinn ist merklich abgestumpft, teilweise sogar pervers, namentlich an der Extensorenseite des Unterschenkels, rechts ebenso wie links. Die Prüfung desselben geschah durch Eiswasser und kochendes Wasser im Reagensglase.

Am Rumpf sind die Temperaturverhältnisse gleichfalls abgestumpft, teilweise wieder pervers. So wird warmes Wasser im Reagensglase an einigen Stellen als kalt empfunden, das Lokalisationsvermögen ist durchaus gestört.

Die Untersuchung mit dem faradischen Strome lieferte folgendes Ergebnis:

In den Interossei der rechten Hand selbst bei sehr starkem Strome keine Zuckung, der Biceps kontrahiert sich stark auf elektrische Reizung, Triceps fast gar nicht, nur vereinzelte fibrilläre Zuckungen. Die Extensoren der rechten Hand reagieren schwach, die Flexoren besser. Die elektrische Erregbarkeit der atrophischen Muskeln an der rechten unteren Extremität ist geschwunden, selbst bei stärkstem Strome gelingt es nicht, Zuckungen hervorzubringen. An der linken oberen Extremität bringt der elektrische Strom teilweise recht kräftige Zuckungen hervor, so im Biceps, Triceps, weniger gut bei den Extensoren und Interossei.

An der unteren Extremität dieser Seite reagiert nur der Sartorius und der mittlere Kopf des Quadriceps. Sonst, abgesehen von vereinzelten fibrillären Zuckungen, keine Reaktion bei stärkstem Strome.

Der Cucullaris und Latissimus dorsi linkerseits zeigen

keine elektrische Erregbarkeit, rechts reagiert der Cucullaris, Latissimus nicht.

Der Patellar- und Plantarreflex beiderseits erloschen. Von der Tibia aus keine Zuckungen des Quadriceps bei der Percussion.

Eine deutliche vasomotorische Störung ist nicht nachweisbar, ebenfalls keine Störung der Schweisssecretion. Im Uebringen lässt sich an den inneren Organen des Kranken eine Abweichung vom normalen Verhalten nicht entdecken.

In Bezug auf die Diagnose muss für diesen Fall das Vorhandensein einer Syringomyelie mit Zerstörung grosser Abschnitte der vorderen und hinteren grauen Substanz im Hals- und Dorsalteil angenommen werden.

Denn eine primäre Gehirnerkrankung lässt sich als Ursache der geschilderten Krankheitserscheinungen überhaupt ausschliessen.

Gegen eine multiple Neuritis spricht das Zusammenvorkommen von so langsam eintretendem partiellen Muskelschwunde mit der geschilderten partiellen Empfindungslähmung, da diese Erscheinungen bei den bisher bekannten Formen von degenerativer Neuritis nicht beobachtet wurden. Alle Neuritiden haben wieder einen rascheren Verlauf und pflegen nach den bisher bekannten Thatsachen keine ausgesprochene Empfindungslähmung zu erzeugen.

Von solchen Erkrankungen, bei denen sich multiple periphere Nervendegenerationen mit centralen Atrophien combinieren, kommt vor allem die Tabes in Betracht. Jedoch das langdauernde Anfangsstadium derselben mit

seinen blitzartigen „lancinierenden“ Schmerzen ohne Muskelatrophie, mit dem frühzeitig eintretenden Verlust des Pupillarreflex schützen vor einer Verwechslung.

Bei der multiplen Sclerose fehlen gewöhnlich ausgeprägte Muskelatrophien ebenso wie deutliche Analgesien.

Das Charcot'sche Krankheitsbild der Pachymeningitis cervicalis hypertrophica, eine geschwulstähnliche Verdickung der dura mater, weicht durch die stets vorhandenen initialen Nackenschmerzen, die früh eintretende Nackensteifigkeit, und die schon wenige Monate nachher eintretende atrophische Lähmung der oberen Extremitäten von der Syringomyelie ab. Die Hand bekommt in Folge der antagonistischen Extensorencontractur eine charakteristische Stellung.

Für sonstige extramedulläre Tumoren des Halsteils gilt ungefähr dasselbe wie für die oben erwähnte Form der Pachymeningitis.

Intramedulläre Tumoren und speciell Gliome lassen sich dagegen von der Syringomyelie nicht trennen, da zwischen ihnen und der Höhlenbildung die innigsten Beziehungen bestehen.

Schliesslich möchte ich noch hervorheben, dass es sich bei den Höhlenbildungen im Rückenmark wahrscheinlich nicht um so ausserordentliche Raritäten handelt, wie es bisher den Anschein hatte. Man dürfte wohl öfter auf dieselbe stossen, wenn man gerade bei zweifelhaften Fällen von Neurosen oder bei weniger ausgeprägten Fällen von angeborenen cerebralen Degenerationen genauer auf den Zustand des Rückenmarks achtete.

Voraussichtlich wird es auch späteren Beobachtern gelingen, die Diagnostik weiter auszubauen und in dieselbe die Klarheit zu bringen, welche die pathologische Anatomie für die Genese einer Reihe dieser Fälle geschaffen hat.

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Brölemann, Leiter der inneren Station des städtischen Luisenhospitals zu Dortmund, für die liebenswürdige Ueberweisung des Themas, als auch für die wesentliche Unterstützung bei der Bearbeitung desselben an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

LITTERATUR.

1. Anna Bäumler: Ueber Höhlenbildungen im Rückenmark.
   Inaugural-Dissertation, Zürich 1887.
2. F. Schultze: Beitrag zur Pathologie und patholog. Anatomie des central. Nervensystems.
   Virchow's Archiv, 87. Bd.
3. Zeitschrift für klinische Medizin, XIII. Bd., Berlin 1888.
4. Th. Simon: Ueber Syringomyelie und Geschwulstbildung im Rückenmark.
   Archiv für Psychiatrie, Bd. V.
5. Fürstner u. Zacher: Zur Pathologie und Diagnostik der spinal. Höhlenbildung.
   Archiv für Psychiatrie, XIV. Bd. 1883.
6. Erb: Rückenmarkskrankheiten. 2. Aufl.
7. F. Schultze: Weiterer Beitrag zur Lehre von der centralen Gliose des Rückenmarks mit Syringomyelie.
   Virchow's Archiv. 102. Bd. 1885.

LEBENSLAUF.

Emil Haumann, geboren am 21. Juni 1861 zu Dortmund in Westfalen, evang. Konfession, Sohn des Kaufmanns Wilhelm Haumann und dessen verstorbener Ehefrau Auguste, geborene von der Heide, besuchte die Gymnasien zu Dortmund und Recklinghausen. An letzterer Anstalt erwarb er sich Herbst 1883 das Zeugnis der Reife und bezog, um Medizin zu studieren, die Universität Greifswald. Nachdem er im Sommer-Semester 1884 seiner halbjährigen Militairpflicht mit der Waffe beim Infanterie-Regiment „Graf Schwerin" (3. pommersches) No. 14 genügt hatte, bestand er hier das Tentamen physicum und beendete am 16. Februar 1889 die medizinische Staatsprüfung. Das Examen rigorosum bestand er am 6. März.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt, Beumer, J. Budge, A. Budge, v. Feilitsch, Grawitz, Grohé, Helferich, Holtz, Krabler, Landois, Limpricht, Löbker, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Range, Rinne, Schirmer, Schulz, Sommer, Strübing.

Allen diesen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen Dank aus.

THESEN.

I.

Die progressive Muskelatrophie der Oberextremitäten und der Schultermuskulatur einerseits und mehr oder weniger ausgedehnte partielle Empfindungslähmung andererseits bilden die Cardinalsymptome, welche die Diagnose der Syringomyelie ermöglichen.

II.

Bei Placenta praevia centralis ist sobald wie möglich die centrale Durchbohrung des Mutterkuchens und die combinierte Wendung auf einen Fuss allen anderen Methoden vorzuziehen.

III.

Wo Typhusepidemien längere Zeit bestehen oder häufiger wiederkehren, ist es geboten, von fernen Orten her Wasserleitungen anzulegen.